

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TALITA DEFANT DE SOUZA BORGES

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRICIA NA MATERNIDADE DO
MUNICÍPIO DE LAPA-PR**

LAPA – PR
2011

TALITA DEFANT DE SOUZA BORGES

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRICIA NA MATERNIDADE DO
MUNICÍPIO DE LAPA-PR**

Projeto Técnico apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de Especialista em
Gestão Pública.

Orientadora: Professora Carmen
Elizabeth Kalinowski.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
1.1	APRESENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	07
1.2	OBJETIVO GERAL DO TRABALHO	09
1.3	OBJETIVOS ESPECIFICOS	09
1.4	JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO	09
2	REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	10
2.1	HISTÓRICO DA SAÚDE DA MULHER	10
2.2	DIRETRIZES PARA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL	11
2.3	ACOLHIMENTO DE RISCO	12
2.4	URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS	14
3	METODOLOGIA	16
4	ORGANIZAÇÃO PÚBLICA	17
4.1	DESCRIÇÃO GERAL	17
4.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	18
5	PROPOSTA	20
5.1	DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA	20
5.2	PLANO DE IMPLANTAÇÃO	20
5.3	RECURSOS	22
5.4	RESULTADOS ESPERADOS	22
5.5	RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS	22
6	CONCLUSÃO	23
	REFERENCIAS	24

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel de reprodução, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Esta visão que se tinha que a principal função da mulher era reprodução, aos poucos foi mudando, e em 1994 na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como:

“um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (CIPD, 1994. p 08).

Considerando a heterogeneidade que caracteriza o Brasil, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, compreende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresente diferenças importantes de uma região a outra do País. Por exemplo: na região norte e nordeste a média de filhos por mulheres é de dois a três, já na região sul e centro oeste é de um a dois. (BRASIL, 2006). Por isso, no processo de implantação e implementação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher, elas devem ser consideradas, possibilitando uma atuação mais próxima da realidade local e com melhores resultados (BRASIL, 2004).

As estatísticas sobre mortalidade são bastante utilizadas para a análise das condições de saúde das populações. É importante considerar o fato de que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres. Isso se apresenta de maneira marcante no caso da violência. Enquanto a mortalidade por violência externa afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina. Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade

biológica, têm como complicação a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus HIV, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados (BRASIL, 2004).

E podemos dizer que com a implantação do PAISM – Programa de atenção Integral à Saúde da Mulher em 1984, a luta pela abordagem da mulher em sua integralidade, colaborou muito para a redução da mortalidade materno e infantil, constituindo um marco nacional e internacional na institucionalização da Atenção Integral à Saúde da Mulher como política de Estado (BRASIL, 2004).

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito em idade fértil. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez não é uma doença e sim parte do ciclo reprodutivo da mulher, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis (BRASIL, 2004).

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2004, p. 26).

No Brasil, a RMM, no período de 1980 a 1986, apresentou uma tendência de queda, provavelmente relacionada à expansão da rede pública de saúde e ao aumento da cobertura das ações obstétricas e de planejamento familiar. De 1987 a 1996, a RMM manteve-se estável. Em 1996, houve a inclusão na Declaração de Óbito (DO) o que permitiu identificar as mulheres grávidas por ocasião do óbito e até um ano após o parto (morte materna tardia). Nesse período, o Ministério da Saúde (MS) investiu na implantação de Comitês Estaduais de Morte Materna, o que fez aumentar a razão em 1997 e 1998 (BRASIL, 2003).

A queda da mortalidade materna de 1999 a 2001 pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Nesse período, a mortalidade materna foi considerada uma prioridade do governo federal e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para reduzi-la (BRASIL, 2004, p. 27).

Com isto, a saúde da mulher está sendo prioridade no contexto da gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS), em acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde, das Metas do Milênio e diversos acordos nacionais e internacionais (BRASIL, 2004).

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. Por isso, é dever dos serviços e profissionais da saúde acolher com dignidade a mulher e o recém – nato, enfocando-os todos os seus direitos como cidadãos (BRASIL, 2006).

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004, p. 59).

Para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção em saúde deve-se levar em conta, pelo menos, os seguintes elementos: acesso da população aos serviços de saúde; organização da rede assistencial, incluindo no sistema referência e contra-referência que possibilitam a continuidade das ações melhorando a resolutividade e o acompanhamento da clientela a rede integrada; disponibilidade dos recursos tecnológicos; capacitação técnica dos profissionais de saúde, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuárias e à comunidade; acolhimento em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação das pacientes sobre os problemas apresentados e possíveis soluções (BRASIL, 2004).

Portanto, é fundamental que os municípios realizem a pactuação na saúde da mulher melhorando à assistência prestada na atenção básica, propiciando uma qualidade e resolutividade no atendimento, promovendo ações de prevenção e promoção a saúde. Isso faz que as unidades básicas de saúde trabalhem visando melhorias nas ações referentes à redução da mortalidade materna, ao planejamento familiar, humanização e qualificação da atenção obstétrica.

Visando melhorias na atenção obstétrica, humanização e resolutividade na assistência de saúde, é obrigação do município definir seus fluxos de atendimento informando a população de seu funcionamento.

Por isso, a realização de protocolos e elaboração ajuda definir estes fluxos de atendimento e procedimentos em saúde.

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo técnico-assistencial que permite, além da garantia de acesso, concretizar o princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde/ gravidade/ risco ou vulnerabilidade de cada paciente. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes a paciente que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiada, pode estar mais necessitada de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade, necessitando do acesso rápido com resolutividade (BELO HORIZONTE/SMS, 2010).

Compreendo a importância e a necessidade de humanizar o atendimento e facilitar o acesso da mulher no ciclo gravídico puerperal aos serviços de saúde, além de melhorar o processo de trabalho nas maternidades, foi elaborada a seguinte proposta de implantação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na maternidade do município de Lapa - Pr.

1.1 APRESENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O município de Lapa - PR contém População: 42.933 (IBGE, 2009), desta população mais da metade (57,53%) de sua população se concentra no meio urbano, mas ao município ainda possui um percentual alto da sua população (42,47%) localizada em comunidades rurais interligadas por aproximadamente 3.000 km de estradas, por ter a 4ª extensão territorial do Paraná, sendo uma das causas de dificuldade de acesso as unidades de saúde, além de que, o município possui apenas 48% de cobertura com a Estratégia da Saúde da Família (ESFs), deixando mais da metade da população sem cobertura do mesmo. Para esta população descoberta há uma unidade de saúde central que faz atendimentos médicos em clientes maiores de 13 anos, abaixo desta idade o município conta com uma central pediátrica e puericultura.

A atenção no pré-natal e consultas ginecológica são realizadas na Clínica da Mulher que conta com quatro profissionais de obstetrícia e ginecologia, com um déficit significativo para atender a toda a população feminina em idade fértil. A falta de oferta

de atendimento na Clínica e a baixa cobertura no município da ESF refletem nos serviços prestados pela Maternidade localizada na cidade, porque há um aumento na procura para consultas ambulatoriais, que poderiam ser realizadas nos outros serviços.

A maternidade oferece atendimentos 24 horas, sem necessidade de agendamento sendo uma facilidade e comodidade as mulheres, isso faz com que procurem os serviços sem a necessidade obstétrica e/ou sem relevância clínica obstétrica. Com esta atitude da população e pela baixa oferta de atendimento nos demais serviços de saúde municipais, a Maternidade é um serviço não só de referência ao parto, mas também para os procedimentos ambulatoriais, gerando aumento de demanda conseqüentemente a presença de fila de espera e muitas vezes reclamações das pacientes, o que pode acarretar pressão na equipe para a realização de outros procedimentos quando deveriam estar mais atentos aos procedimentos como: partos, cesáreas, curetagens, consultas e avaliações no Pré – parto, nas visitas médicas e nas altas médicas.

Possui 20 leitos destes, quatro são para tratamentos clínicos de intercorrências obstétricas e ginecológicas, dois para pré-parto e os demais para leitos de parto normais, cesarianas, curetagens e internações neonatais para fototerapia. Possui uma equipe todos os dias 24 horas formada por um obstetra, um anestesista, um neonatologista, uma auxiliar de cirurgia que é um profissional médico, uma enfermeira a cada plantão responsável por uma equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem, um nutricionista, um farmacêutico, e demais serviços como: administrativo, cozinha e copa, serviços gerais, manutenção entre outros.

A grande dificuldade do município é sua centralização dos serviços, exemplos: concentrar todo o pré-natal na clínica da mulher, toda a pediatria na clínica pediátrica e assim por diante. Trazendo com isto, super lotação no atendimento, dificultando a qualidade e humanização dos serviços, gerando descontentamento na população do município.

1.2 OBJETIVO GERAL

Realizar uma proposta para a Secretária Municipal de Saúde do Município de Lapa – PR, de um protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia na Maternidade do Município.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer critérios na assistência obstétrica e ginecológica do município;
- Organizar fluxos de atendimento nos serviços de atenção obstétrica e ginecológica, garantindo atendimento às mulheres em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência;
- Elaborar ações para o acolhimento as mulheres nos serviços de saúde;
- Capacitar as equipes das unidades de saúde na assistência prestada ao pré-natal;

1.4 JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO

Esta proposta para a Secretaria de Saúde do município de Lapa – PR, de triagem de avaliação e acolhimento de risco nas urgências e emergências obstétricas, tem a finalidade de propor a descentralização dos atendimentos e a organização dos fluxos, propiciando com isto, uma melhora no atendimento as pacientes, tendo resolutividade, qualidade, rapidez nas urgências e emergências obstétricas evitando as filas de espera. Proporcionando a educação e orientação para a população sobre as consultas ambulatoriais e eletivas que devem ser avaliadas nas unidades de saúde, e não na Maternidade do município.

2. REVISÃO TEÓRICA - EMPÍRICA

2.1 Histórico da Saúde da Mulher

O Programa “Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM) foi elaborado pelo Ministério da Saúde e apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da explosão demográfica em 1983, a discussão se pautava predominantemente sobre o controle da natalidade. Desde então, o Ministério da Saúde teve um papel fundamental, pois influenciou no âmbito do Governo Federal e este por sua vez, se posicionou e defendeu o livre arbítrio das pessoas e das famílias brasileiras em relação a quando, quantos e qual o espaçamento entre os/as filhos/as (BRASIL, 2011).

Este documento trata-se, de um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Desta forma as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido.

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também, princípios norteadores da reforma sanitária, a idéia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Além disso, propôs um melhor relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas. O conceito de assistência reconhece o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor às praticas educativas, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres (BRASIL, 2011).

Em 2003 o Ministério da Saúde com sua equipe técnica de saúde iniciaram a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, mas apenas em 2004 foi lançada com seus princípios e diretrizes construída a partir da proposição do SUS (BRASIL, 2011).

O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2004, p.04).

2.2 Diretrizes para Atenção Obstétrica e Neonatal

Baseado nas Políticas Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher, estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra – referência, considerando os seguintes critérios (BRASIL, 2006, p. 09):

- Vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme definição do gestor local;
- Garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém – nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde;
- Captação precoce de gestantes na comunidade;
- Garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
- Garantia da realização dos exames complementares necessários;
- Garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário;
- Garantia de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto;
- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária;
- Vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (SAMU- Serviço de atenção médica de urgência);
- Garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais;
- Atenção à mulher no puerpério e ao recém-nato.

A atenção ao pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, com isto, facilitando o acesso aos serviços de saúde, interagindo todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

Os Estados e Municípios devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os seguintes parâmetros:

- Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até o fim do primeiro trimestre de gestação.
- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
- A atenção ao pré-natal recomenda a realização das seguintes atividades ou procedimentos:
 - Escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, esclarecer dúvidas sempre que necessário.
 - Realização de atividades educativas em grupo ou individualmente.
 - Estimulo ao parto normal.
 - Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante.
 - Exames laboratoriais.
 - Imunização Antitetânica.
 - Avaliação do estado nutricional e monitoramento por meio do SISVAN;
 - Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
 - Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e mamas;
 - Tratamento das intercorrências da gestação;
 - Classificação de risco gestacional e detecção de problemas;
 - Atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso a unidade de referência;
 - Registro em prontuário e cartão da gestante;
 - Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da primeira semana, e da consulta puerperal, até o 42 dias pós-parto (BRASIL, 2006, p.10).

O monitoramento da atenção ao pré-natal e puerperal, foi disponibilizada pelo DATASUS um sistema informatizado, SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilitam a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante (BRASIL, 2006).

2.3 Acolhimento de Risco

Acolhimento no campo da saúde antes de tudo é uma diretriz política e operacional do SUS, tem como base postura ética, uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção. Traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um

atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo técnico-assistencial que permite, além da garantia de acesso, concretizar o princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde/ gravidade/ risco ou vulnerabilidade de cada usuário (SMS BELO HORIZONTE, 2010 p. 11).

No protocolo de Acolhimento de Classificação de Risco da SMS de Belo Horizonte (2010), o Acolhimento permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços. No entanto, não se pode focar apenas na avaliação de risco e de vulnerabilidade, tampouco pode ser considerado prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde: o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo como um todo, pois suas queixas são primordiais neste processo.

A portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde coloca que o ACCR “... deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”. A classificação de risco deve ser um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (SMS BELO HORIZONTE, 2010 p. 11).

O acolhimento com avaliação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na implantação da promoção da saúde em redes de Atenção, pois na sua implantação tem se mostrado um dispositivo potente de reorganizador do processo de trabalho, melhorando assistência prestada aos usuários, aumento da eficácia clínica e também um dispositivo de mudanças como a constituição de referências, gestão compartilhada, valorização do trabalho em saúde, propiciando a participação de trabalhadores e usuários na gestão (BRASIL, 2004).

2.4 Urgências e Emergências Obstétricas

A morte materna decorre, em geral, de um conjunto de eventos malsucedidos, esse processo inclui desde o manejo da própria gestante com sua sintomatologia, o maior ou menor suporte familiar e social a suas necessidades, e, em especial, a resposta dos serviços de saúde que prestam atendimentos a estas gestantes (BRASIL, 2000).

As urgências e emergências maternas ao mesmo tempo que nos permitem identificar os casos críticos, nos oferecem a oportunidade de interrupção do processo. Para isso, são fundamentais o pronto atendimento e a precisa avaliação do quadro e das alternativas de suporte disponíveis no âmbito do serviço. Entre as atitudes que atrapalham o sucesso desse atendimento figuram frequentemente a desvalorização da queixa da paciente ou a ansiedade de encaminhamento para hospitais de referência (BRASIL, 2000 p. 11).

Emergências obstétricas são situações que põem em risco a vida da grávida e do feto e cuja resolução exige uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde. Entre estas se contam o aborto, prolapso do cordão umbilical, a ruptura uterina, a hiperestimulação uterina com compromisso hipóxico fetal, a hipotensão materna secundária à analgesia epidural, a retenção de cabeça útero após parto pélvico, a distócia de ombros, a hemorragia pós-parto e a crise eclâmpica.

A eclampsia é uma das formas hipertensivas e a principal causa de morte materna, com incidência de até 14% do total de casos. A crise hipertensiva pode caracterizar-se em urgência (ausência de sintomatologia clínica) ou emergência hipertensiva (presença de sintomatologia clínica). A segunda é extremamente danosa para a mulher, uma vez que leva a comprometimento de funções vitais como: insuficiência cardíaca congestiva, encefalopatia hipertensiva e hemorragia intracraniana. A terceira causa de morte materna no Brasil são os casos de abortamento, anualmente cerca de 250.000 mulheres são atendidas no sistema único de Saúde com complicações de aborto, levando muitos destes casos a óbitos (BRASIL, 2000).

A atenção hospitalar é responsável pela assistência nas intercorrências durante a gestação e durante o parto e puerpério. O ponto alto nessa normativa é a busca da precocidade do diagnóstico pela rapidez da intervenção, objetivando um tratamento adequado para emergências obstétricas. Preconiza a melhora do registro nos prontuários e no preenchimento da Declaração de Óbito; a solicitação de necropsia quando o diagnóstico da causa da morte for desconhecido, e a formação de comitê de análise de óbitos maternos nos hospitais e maternidades (CURITIBA/SMS, 2009).

Por isso, é fundamental que os serviços de saúde de atendimentos de urgências e emergências obstétricas, organizem seus fluxos de atendimentos através dos protocolos de avaliação de risco, para que estas intercorrências obstétricas sejam atendidas de imediato nos serviços de saúde, melhorando a resolutividade dos serviços.

3. METODOLOGIA

Esta proposta de protocolo de Acolhimento e Avaliação de Risco Obstétrico, será apresentada inicialmente a Secretaria de Saúde do Município para avaliação da proposta, mediante a aceitação, será apresentada para equipe multidisciplinar da Maternidade, Clínica da Mulher e unidades de Saúde com a ESF do Município para que todos estejam inseridos na construção do projeto.

A sua implantação deverá ser de maneira participativa, primeiramente ocorrerá a coleta dos dados referente ao serviço prestado na Saúde da Mulher, mais necessariamente ao Pré-natal, que envolverá os profissionais do serviço. Após o término e análise dos dados, serão reunidos os profissionais de saúde de todos os serviços do município no projeto e seus respectivos administradores, para apresentação deste resultado e levantamento de sugestões dos participantes. A autora deste projeto será a responsável pela organização dos dados e elaboração do relatório para a gestão municipal.

A Secretaria de Saúde, com os dados e relatório deverá realizar ciclos de capacitação para a construção do protocolo, avaliando o acolhimento, triagem, urgências e emergências obstétricas, com objetivo de sensibilizar a equipe sobre os temas relacionados e sua necessidade no serviço. Sendo uma forma de organizar os fluxos de atendimentos proporcionando melhor acolhimento e qualidade no serviço prestado as nossas pacientes.

4. A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

4.1 Descrição Geral

A Maternidade do Município de Lapa – PR, foi fundada no ano de 1964 pela Legião Brasileira de Assistência, somente no ano de 1991, foi reinaugurada com sua estrutura nova e chamada como Maternidade Municipal Humberto Carrano, a partir deste momento passou a ser administrada pela Prefeitura Municipal da Lapa pela Secretaria de Saúde. A maternidade atende somente ao SUS, realiza atendimentos de obstetrícia e urgências e emergências ginecológicas, realizando em média 105 internamentos destes 60 são para partos, e o restante divide-se em internamentos clínicos de intercorrência obstétricas e/ou ginecológica e tratamento de icterícia neonatal, realiza também aproximadamente 340 consultas mês e 40 observações.

Esta unidade funciona 24 horas diárias todos os dias da semana, é referência para os Municípios de Contenda e Campo do Tenente – PR, e possui 64 funcionários que estão divididos em diversas funções como: Enfermagem, nutrição, farmácia, serviço gerais, manutenção, recepção, administração e corpo clínico dividido em: obstetras, neonatologistas, anestesistas e auxiliar de cirurgia.

A estrutura física possui 4 enfermarias que estão divididas em 18 leitos, e uma sala de pré parto com 2 leitos dando no total de 20 leitos ativos. Possui um setor de neonatologia para os cuidados dos recém-nato, um centro cirúrgico onde está dividido em uma sala de parto normal e curetagem e uma sala cirúrgica para as cesarianas e laqueaduras. Uma central de materiais de esterilização, um setor de cozinha, copa e nutrição, uma farmácia, uma lavanderia, vestiários, recepção, sala de enfermagem, posto de enfermagem, sala de admissão e consultório, sala de curativos, sala de descanso para o corpo clínico, administração, sala de direção técnica, almoxarifado e necrotério.

A maternidade faz atendimento de baixo e médio risco, para os casos de urgência e emergência obstétrica de alto risco a prefeitura do município tem um convênio com o Hospital Nossa Senhora do Rocio de Campo Largo – PR, onde possui UTI Geral e UTI neonatal.

Em 2004 a Maternidade ganhou o título de Hospital Amigo da Criança, um título fornecido pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância) e Ministério da Saúde para a realização dos Dez Passos para o Aleitamento Materno. Em mérito deste título o Ministério da Saúde repassa para a maternidade 20% de acréscimo sobre sua produtividade.

4.2 Diagnóstico da situação – problema

Observando os fluxos de atendimento na saúde da mulher no município, o diagnóstico da situação problema é a centralização dos atendimentos a saúde da mulher, principalmente no pré-natal. Esta centralização leva a grande demanda na clínica da Mulher do município e respectivamente a procura das pacientes por atendimento na Maternidade do município de consultas eletivas e/ou ambulatoriais.

Isto nos leva ao entendimento que a gestão Municipal apresenta dificuldade para cumprir as metas e competências em diferentes níveis de gestão e serviço, como as ações voltadas para a atenção básica, com as estratégias da saúde da família e ou agentes comunitárias concorrem para evitar a sobrecarga de consultas nas maternidades.

Competência da Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde deve ser a porta de entrada da gestante para o sistema de saúde; É o ponto de atenção estratégico e tem como atributos: garantir a acessibilidade, responsabilizando se pelos problemas de saúde das gestantes do seu território e o monitoramento dos mesmos devendo realizar o diagnóstico da gravidez, realizar a captação precoce desta gestante, suas consultas, solicitar exames de rotina, classificar o risco gestacional desta gestante, monitorá-la, realizar orientações, cadastrá-la no SISPRENATAL, realizar busca ativa das gestantes faltosas e encaminhá-las para o serviço de referência quando for necessário.

Competência da Maternidade na Assistência à Gestante

Acolher a gestante quando apresentar qualquer intercorrência durante a gestação e/ou no momento do parto; Avaliar o grau de risco gestacional; Solicitar os exames necessários, conforme Protocolo; Permitir Monitorar a evolução do trabalho de parto, realizando os

registros no partograma; Adotar as recomendações para o parto humanizado, evitando os procedimentos desnecessários que tragam desconforto ou redução da autonomia à parturiente; Garantir a presença de neonatologista na sala de parto; Viabilizar o alojamento conjunto; Realizar os cuidados necessários tanto para a mãe quanto para o bebê; Realizar as ações de educativas, enfatizando o aleitamento materno e os cuidados com o bebê; Realizar os registros necessários no prontuário, Cartão da Gestante, entre outros (MINAS GERAIS/SES, 2006).

Para solução destes problemas os fluxos e as competências de cada unidade de saúde devem ser respeitados e organizados para proporcionar qualidade em saúde a toda a clientela do Sistema Único de Saúde.

5. PROPOSTA

5.1 Desenvolvimento da Proposta

Proposta inicial será sensibilizar a gestão municipal e Secretaria de Saúde, a importância deste protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico para o serviço de saúde. Ser for aceita a proposta pela gestão o primeiro passo é realizar o levantamento dos dados epidemiológicos do município a respeito da saúde da mulher, por exemplo: a procura do pré-natal, consultas ginecológicas, preventivo de colo uterino, planejamento familiar entre outros.

A seguir, será realizado a observação e acompanhamento do atendimento, descrevendo os fluxos atuais e elaborar dados e relatório, bem como uma apresentação para a gestão, profissionais de saúde, membros do conselho municipal, mostrando o funcionamento hoje dos fluxos de atendimentos para as gestantes e mulheres com intercorrências ginecológicas;

Em reunião com os profissionais da Maternidade e da Secretaria de Saúde será apresentado o relatório e a proposta preliminar de um Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico e possíveis vantagens do mesmo a todos os serviços no município e que estes fluxos promovendo melhor atendimento com resolutividade, qualidade e humanização na assistência obstétrica; e ao final da reunião montar um grupo técnico para realização do mesmo;

Propor e realizar a capacitação para os profissionais sobre os temas essenciais para a elaboração deste projeto como:

- 1- Acolhimento e humanização
- 2- Triagem de avaliação de Risco
- 3- Urgência e Emergência Obstétrica
- 4- Fluxos de Atendimentos

A partir da criação deste grupo, a equipe junto com a Secretaria Municipal de Saúde ficará responsável pela elaboração do protocolo através de oficinas de trabalho até sua implantação.

5.2 Plano de Implantação

Após elaboração do protocolo o mesmo deve ser apresentado ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação, ser for aprovado pelo Controle Social, o mesmo deve ser encaminhado para a Câmara Municipal de Saúde para apreciação e aprovação de protocolo para que o mesmo esteja avaliado por todos e aprovado para sua implantação.

Antes da implantação na Maternidade deve-se realizar capacitação com todos os profissionais que irão prestar o atendimento as pacientes.

Na implantação do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico recomenda-se a toda a equipe:

- Realizar acolhimento imediato a mulher.
- Priorizar atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada.
- Informação para a usuária e familiares e esclarecimento sobre todos os procedimentos (classificação de risco, medicações, observação clínica, exames, encaminhamento, etc).
- Identificação das pacientes pelo nome.
- Oferta das práticas baseadas no modelo de humanização do parto e nascimento.
- Garantia de privacidade durante todo o atendimento.
- Utilização do instrumento de ACCR por enfermeiro, favorecendo o atendimento individualizado e ágil.
- Estabelecimento de fluxos e protocolos de atendimento.
- Promoção da linha de cuidado integral com vinculação da assistência à rede pública.
- Atuação segundo normas de referência e contra-referência.
- Promoção de reuniões periódicas com a Clínica da Mulher, ESFs e Unidades Básicas de Saúde.
- Solicitação de vaga para transferência pela Central de Internação quando necessário, com transporte responsável.
- Acompanhamento gerencial feito através de indicadores (por exemplo, número de atendimentos diários, perfil da clientela e horários de pico).
- Monitoramento contínuo a partir de realizadas reuniões com os profissionais buscando a construção de indicadores de satisfação dos profissionais envolvidos.
- Avaliação da satisfação da usuária das maternidades através de questionários.

Compete ao gestor municipal providenciar e adequar à estrutura física com equipamentos necessários para a triagem (aparelho de ductone, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, relógio de parede, mesa, cadeira, escala de dor, protocolo de avaliação e ficha admissional); Envolvimento do Conselho Local de Saúde e sensibilização e qualificação de todos os profissionais da instituição, da recepção à direção, enfermagem, equipe de enfermagem, médicos, etc.

5.3 Recursos

Não haverá um custo significativo na implantação do Protocolo, pois a equipe será a mesma que hoje trabalha na Maternidade, só acrescentando maior autonomia do Enfermeiro na realização da Triagem, os materiais já fazem parte dos equipamentos que a mesma possui, apenas terá que adaptar uma sala para a realização da Triagem e classificação de Risco. Um computador, e um sistema de Rede para facilitar o prontuário e os relatórios mensais para a realização dos indicadores.

No início serão necessárias cartilhas para distribuição a população contendo orientação e educação dos mesmos.

5.4 Resultados Esperados

Caso o sistema Municipal de Saúde opte pela realização e implantação deste protocolo, haverá uma agilidade nas urgências e emergências obstétricas e o sistema terá uma melhor organização de fluxos, promovendo melhor qualidade e resolutividade na assistência prestada, e conseqüentemente melhorando o acolhimento as pacientes.

5.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Há não adaptação da população atendida, e há falta de capacitação e de comprometimento dos profissionais envolvidos no atendimento, prejudicando o bom andamento do serviço ofertado.

6. CONCLUSÃO

A Saúde da Mulher ao longo dos anos foi criando novos caminhos em busca de uma assistência de saúde que promova melhor qualidade de vida e conseqüentemente diminua os riscos de morte potencialmente evitáveis, principalmente as relacionados a morte materna.

Por isso, é fundamental que os serviços de saúde proporcionem assistência especializada a estas mulheres, buscando ações que favoreça uma melhor relação entre o serviço de saúde e sua clientela.

Buscando esta assistência especializada o protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, configura-se com uma destas ações de saúde, promovendo intervenções importante na reorganização dos fluxos de atendimento da gestão municipal relacionada à Saúde da Mulher. Favorecendo o atendimento e melhorando a qualidade, rapidez, resolutividade e a humanização que é um diferencial hoje nos serviços de saúde. Possibilitando através de referências e contra – referências, a gestão compartilhada da clínica, promovendo a constituição de redes entre os serviços de saúde.

Com isto, proporcionando resultados positivos trazendo a satisfação das usuárias do SUS e possibilitando o aprendizado sobre a organização de redes de atenção. Visando sempre a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da clientela assistida.

A gestão Municipal do Município de Lapa – PR terá grandes benefícios em sua assistência se optar pela realização deste protocolo, pois conseguirá organizar seu fluxo de atendimento, proporcionará educação e orientação sobre os serviços de assistência ao pré-natal e terá uma equipe capacitada e comprometida na resolução dos casos avaliados, melhorando qualidade e o acolhimento aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília, 2ª ed. 119p, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. [Textos elaborados pela Área Técnica de Saúde da Mulher]. Brasília, 2003a. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 82p. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 48p. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2ª ed. 44p. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, 163p. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília. 1ª ed. 56p. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da Mulher**. Disponível < <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarBusca>> Brasília, 2011. Acesso em: 25 de set. 2011.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo, Egito. Relatório final. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português.

CURITIBA, Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de Emergências e Urgências em Obstetrícia da Maternidade vinculadas ao Programa Mãe Curitibana**. Curitiba, 182p. 2009.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia e Principais Urgências Obstétricas**. Belo Horizonte, 52p. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção ao pré-natal, parto puerpério: protocolo Viva Vida. 2ª ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/AtencaoaoPrénatal/PartoePuerperio.pdf> Acesso em: 20 de Set. 2011.